

¿Habla español? Sí No

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES): un formulario

¿Necesita un documento en español? Sí No

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 12/APR/2021.

Información básica del cliente		Fecha de evaluación: / /	Apodo:
Primer nombre:		Apellido:	Segundo nombre:
Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo (seleccione uno): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	¿Es discapacitado/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Domicilio de residencia:		<input type="checkbox"/> <i>Seleccione si es igual al domicilio de residencia.</i>	
		Dirección postal:	
Ciudad, estado y código postal de residencia:		Ciudad, estado y código postal:	
País de residencia:		Dirección de correo electrónico:	
Número de teléfono principal: ()		Número de teléfono secundario: ()	
Idioma principal (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	Raza (seleccione una) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Nativo de las islas del Pacífico/Hawái		Etnia (seleccione una) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino
¿Está casado/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Otro		¿Vive solo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive en un área rural? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cumple los requisitos de elegibilidad de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es veterano/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es cónyuge o dependiente de un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Sus ingresos mensuales son iguales o inferiores a este monto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Grupo familiar de 1: \$1,073		Grupo familiar de 3: \$1,830	
Grupo familiar de 2: \$1,452		Grupo familiar de 4: \$2,208	
Nombre de contacto de emergencia:		Relación:	Número de teléfono: ()
¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No		¿Desea ser voluntario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cómo conoció nuestros servicios y qué servicios está interesado/a en recibir?			
Uso de información: La información que proporciona en el formulario AGNES se divulgará al Departamento de salud de Wyoming (Wyoming Department of Health, WDH), División de la Tercera Edad, Sección Vida en comunidad. El WDH solo utilizará o divulgará la información que permita la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Para más información sobre cómo el WDH puede utilizar o divulgar la información de su salud, consulte el Aviso de prácticas de privacidad del WDH que puede encontrar en línea en https://health.wyo.gov/admin/privacy/ , o puede solicitar una copia de la División de la Tercera Edad del WDH llamando al 1 (800) 442-2766. Si siente que lo han tratado de manera inapropiada, que recibió servicios que no eran de la calidad esperada o que no le han proporcionado los servicios que se establecen en el plan de servicio, puede comunicarse con la Defensoría del pueblo en Cuidados a largo plazo de Wyoming al 1 (800) 856-4398 o con la División de la Tercera Edad de WDH, Sección Vida en comunidad al 1 (800) 442-2766.			

Firma _____ **Fecha** _____

*Esta página es para el WDH, División de la Tercera Edad, título III-B, C1, C2, D, E y los participantes elegibles de WYHS.

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 12/APR/2021.

Evaluación de riesgos de nutrición	SÍ (Marque con un círculo)	NO (Marque con un círculo)
Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo o la cantidad de comida que ingiero.	2	0
Como menos de dos comidas al día.	3	0
Como pocas frutas, verduras o productos lácteos (menos de 3).	2	0
Bebo 3 o más vasos de cerveza, licor o vino casi todos los días.	2	0
Tengo problemas en los dientes o la boca que me dificultan comer.	2	0
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito.	4	0
Como solo/a la mayor parte del tiempo.	1	0
Tomo 3 o más fármacos diferentes, recetados o de venta libre, por día.	1	0
Sin querer, he perdido o aumentado 10 libras en los últimos 6 meses.	2	0
No siempre tengo la capacidad física para ir de compras, cocinar o alimentarme solo/a.	2	0
¿Cuál es la puntuación de riesgo de nutrición del consumidor? TOTAL (0-2= Sin riesgo) (3-5= Riesgo moderado) (6 o más= Riesgo elevado)		
¿Le interesa recibir asesoría nutricional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Acción de riesgos de nutrición</i>	<i>Puntuación de riesgos de nutrición</i>	
Vuelva a evaluar en 6-12 meses.	0-2: Sin riesgo	
Proporcione el folleto “Cómo comer bien en la vejez”. Ofrezca servicios de asesoría nutricional. Vuelva a evaluar en 3-6 meses.	3-5: Riesgo moderado	
Proporcione el folleto “Cómo comer bien en la vejez”. Recomiende al cliente analizar su puntuación con un nutricionista o profesional de la salud. Ofrezca servicios de asesoría nutricional.	6 o más: Riesgo elevado	

Solo para uso de la oficina (lista de verificación de elegibilidad para Título III-C2)

¿El cliente está confinado en el hogar o geográficamente aislado para justificar el envío de alimentos a domicilio? Sí No

Categoría de elegibilidad: 60 años y más Cónyuge Discapacitado de menos de 60 años Voluntario

Número total de ADL: _____	Número total de IADL: _____
Puntuación total de ADL: _____	Puntuación total de IADL: _____

Comentarios/notas:

Firma de ACC _____ **Fecha** _____

*Esta página es para el WDH, División de la Tercera Edad, título III-C1, C2, E y los participantes elegibles de WYHS.

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 12/APR/2021.

Ptos.	Actividades de la vida diaria (ADL)	Ptos.	Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para BAÑARSE. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Asistencia parcial Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para COCINAR. Independiente/prepara comidas simples o parciales Cocina con recordatorios o instrucciones verbales Cocina con ayuda mínima No puede cocinar
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para COMER. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Ayuda extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para realizar las COMPRAS. Independiente Lo hace con supervisión/recordatorios Realiza las compras con ayuda/dispositivos de asistencia Lo hacen terceros o compra telefónicamente
0 1 2 3	Califique la movilidad del cliente EN EL HOGAR. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR MEDICAMENTOS. Independiente/no ocurre Lo hace con ayuda a veces Lo hace con ayuda siempre
0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TRANSFERENCIAS. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR DINERO. Completamente independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo Completamente dependiente
0 2 4 6 8	Califique la capacidad del cliente para IR AL BAÑO. Independiente Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS LIVIANAS. Independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo No puede realizarlas
0 1 2 3 4	Califique la capacidad del cliente para VESTIRSE. Independiente Asistencia física limitada Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS PESADAS. Independiente A veces necesita asistencia Lo hace con ayuda máxima No puede realizarlas
Firma de ACC: _____ Fecha: _____ Trimestre: _____ Número total de ADL: _____ Puntuación total de ADL: _____ Número total de IADL: _____ Puntuación total de IADL: _____ Iniciales del participante elegible: _____		0 1 2	Califique la capacidad del cliente para USAR EL TELÉFONO. Independiente Puede hacerlo con cierta ayuda No puede utilizarlo de ninguna manera sin ayuda
		0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para obtener acceso a TRANSPORTE. Independiente Lo hace con ayuda a veces Lo hacen terceros Requiere ambulancia

*Esta página es para el WDH, División de la Tercera Edad, título III-C2, título III-E y los participantes elegibles de WYHS.

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 12/APR/2021.

Evaluación de visita al hogar para Programas de cuidadores y WyHS	SÍ	NO
¿El cliente tiene un acceso seguro a todas las áreas necesarias de su hogar?		
¿Los escalones y pasillos fuera del hogar del cliente están en buenas condiciones?		
¿El hogar del cliente está libre de áreas desordenadas o sucias?		
¿Tiene un almacenamiento de alimentos adecuado?		
¿El hogar del cliente está libre de insectos/roedores?		
¿El hogar del cliente está libre de olores?		
¿Tiene baño interno?		
¿El baño es adecuado para cumplir con las necesidades del cliente?		
¿El saneamiento de aguas residuales es adecuado?		
¿Hay un servicio de recolección de residuos?		
¿El cliente puede desbloquear las puertas y ventanas?		
¿Los artefactos domésticos de la cocina funcionan adecuadamente?		
¿El cliente tiene agua corriente y agua caliente?		
¿La temperatura del hogar del cliente puede controlarse para adaptarse a sus necesidades?		
¿Hay acceso a un teléfono/celular?		
¿El hogar del cliente está libre de peligros relacionados con electricidad?		
¿El hogar del cliente está libre de peligro de incendio (es decir, cables pelados, elementos cerca de la estufa, etc.)?		
¿Hay detectores de humo en funcionamiento?		
¿Hay detectores de monóxido de carbono en funcionamiento?		
En caso de emergencia, ¿el cliente podrá salir de su hogar en forma segura por sus propios medios?		
¿Las mascotas que viven en el hogar están bien cuidadas?		
Comentarios o notas:		
Firma de ACC: _____		Fecha: _____

*Esta página es para el WDH, División de la Tercera Edad, título III-E y los participantes elegibles de WYHS.

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 12/APR/2021.

Ptos.	Actividades de la vida diaria (ADL)	Ptos.	Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para BAÑARSE. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Asistencia parcial Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para COCINAR. Independiente/prepara comidas simples o parciales Cocina con recordatorios o instrucciones verbales Cocina con ayuda mínima No puede cocinar
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para COMER. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Ayuda extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para realizar las COMPRAS. Independiente Lo hace con supervisión/recordatorios Realiza las compras con ayuda/dispositivos de asistencia Lo hacen terceros o compra telefónicamente
0 1 2 3	Califique la movilidad del cliente EN EL HOGAR. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR MEDICAMENTOS. Independiente/no ocurre Lo hace con ayuda a veces Lo hace con ayuda siempre
0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TRANSFERENCIAS. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR DINERO. Completamente independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo Completamente dependiente
0 2 4 6 8	Califique la capacidad del cliente para IR AL BAÑO. Independiente Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS LIVIANAS. Independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo No puede realizarlas
0 1 2 3 4	Califique la capacidad del cliente para VESTIRSE. Independiente Asistencia física limitada Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS PESADAS. Independiente A veces necesita asistencia Lo hace con ayuda máxima No puede realizarlas
Firma de ACC: _____ Fecha: _____ Trimestre: _____ Número total de ADL: _____ Puntuación total de ADL: _____ Número total de IADL: _____ Puntuación total de IADL: _____ Iniciales del participante elegible: _____		0 1 2	Califique la capacidad del cliente para USAR EL TELÉFONO. Independiente Puede hacerlo con cierta ayuda No puede utilizarlo de ninguna manera sin ayuda
		0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para obtener acceso a TRANSPORTE. Independiente Lo hace con ayuda a veces Lo hacen terceros Requiere ambulancia

*Esta página es para el WDH, División de la Tercera Edad, título III-E y los participantes elegibles de WYHS.

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 12/APR/2021.

Ptos.	Actividades de la vida diaria (ADL)	Ptos.	Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para BAÑARSE. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Asistencia parcial Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para COCINAR. Independiente/prepara comidas simples o parciales Cocina con recordatorios o instrucciones verbales Cocina con ayuda mínima No puede cocinar
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para COMER. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Ayuda extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para realizar las COMPRAS. Independiente Lo hace con supervisión/recordatorios Realiza las compras con ayuda/dispositivos de asistencia Lo hacen terceros o compra telefónicamente
0 1 2 3	Califique la movilidad del cliente EN EL HOGAR. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR MEDICAMENTOS. Independiente/no ocurre Lo hace con ayuda a veces Lo hace con ayuda siempre
0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TRANSFERENCIAS. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR DINERO. Completamente independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo Completamente dependiente
0 2 4 6 8	Califique la capacidad del cliente para IR AL BAÑO. Independiente Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS LIVIANAS. Independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo No puede realizarlas
0 1 2 3 4	Califique la capacidad del cliente para VESTIRSE. Independiente Asistencia física limitada Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS PESADAS. Independiente A veces necesita asistencia Lo hace con ayuda máxima No puede realizarlas
Firma de ACC: _____ Fecha: _____ Trimestre: _____ Número total de ADL: _____ Puntuación total de ADL: _____ Número total de IADL: _____ Puntuación total de IADL: _____ Iniciales del participante elegible: _____			Califique la capacidad del cliente para USAR EL TELÉFONO. 0 Independiente 1 Puede hacerlo con cierta ayuda 2 No puede utilizarlo de ninguna manera sin ayuda
			Califique la capacidad del cliente para obtener acceso a TRANSPORTE. 0 Independiente 1 Lo hace con ayuda a veces 2 Lo hacen terceros 3 Requiere ambulancia

*Esta página es para el WDH, División de la Tercera Edad, título III-E y los participantes elegibles de WYHS.

Resumen de la evaluación de necesidades de la vejez (AGNES, por sus siglas en inglés): un formulario

Este formulario no puede modificarse. Revisado el 12/APR/2021.

Ptos.	Actividades de la vida diaria (ADL)	Ptos.	Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para BAÑARSE. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Asistencia parcial Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para COCINAR. Independiente/prepara comidas simples o parciales Cocina con recordatorios o instrucciones verbales Cocina con ayuda mínima No puede cocinar
0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para COMER. Independiente Supervisión intermitente/asistencia mínima Ayuda extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para realizar las COMPRAS. Independiente Lo hace con supervisión/recordatorios Realiza las compras con ayuda/dispositivos de asistencia Lo hacen terceros o compra telefónicamente
0 1 2 3	Califique la movilidad del cliente EN EL HOGAR. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR MEDICAMENTOS. Independiente/no ocurre Lo hace con ayuda a veces Lo hace con ayuda siempre
0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TRANSFERENCIAS. Independiente Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 2 4 6	Califique la capacidad del cliente para ADMINISTRAR DINERO. Completamente independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo Completamente dependiente
0 2 4 6 8	Califique la capacidad del cliente para IR AL BAÑO. Independiente Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia física limitada Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS LIVIANAS. Independiente A veces necesita asistencia Necesita asistencia la mayor parte del tiempo No puede realizarlas
0 1 2 3 4	Califique la capacidad del cliente para VESTIRSE. Independiente Asistencia física limitada Con recordatorios, indicaciones o supervisión Asistencia extensiva Dependencia total	0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para realizar TAREAS DOMÉSTICAS PESADAS. Independiente A veces necesita asistencia Lo hace con ayuda máxima No puede realizarlas
Firma de ACC: _____ Fecha: _____ Trimestre: _____		0 1 2	Califique la capacidad del cliente para USAR EL TELÉFONO. Independiente Puede hacerlo con cierta ayuda No puede utilizarlo de ninguna manera sin ayuda
Número total de ADL: _____ Puntuación total de ADL: _____ Número total de IADL: _____ Puntuación total de IADL: _____ Iniciales del participante elegible: _____		0 1 2 3	Califique la capacidad del cliente para obtener acceso a TRANSPORTE. Independiente Lo hace con ayuda a veces Lo hacen terceros Requiere ambulancia

*Esta página es para el WDH, División de la Tercera Edad, título III-E y los participantes elegibles de WYHS.